27

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/tabesetchirurgie0000vari

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1909 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 3 Juin 1909, à 1 heure

PAR

DE ST-GENOIS DE GRAND BREUCQ (Rodolphe-Hippolyte)

Né à Asnières (Seine), le 17 janvier 1886

Ancien externe des hôpitaux

TABÈS

ET

CHIRURGIE ABDOMINALE

Président : M. DEBOVE, *professeur.*

Juges : MM. PRENANT, *professeur.*
RETTERER, *agrégé.*
CASTAIGNE, *agrégé.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS
H. CHACORNAC & M. DOUTAUT, Editeurs
9, Rue de l'Eperon, 9

1909

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	BRISSAUD DEJERINE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	CHAUFFARD
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	HAYEM DIEULAFOY DEBOVE LANDOUZY
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	PierreDELBET QUENU RECLUS SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	PINARD BAR RIBEMONT - DES SAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	A. ROBIN

Agrégés en exercice

MM.			
AUVRAY	CUNÉO	LAUNOIS	NOBÉCOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECÉNE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BESANÇON Fern.	DUVAL Pierre	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LŒPER	RENON
BROCA André	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET André	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBÉ Marcel	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions emises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Témoignage de reconnaissance et d'affection.

A MES AMIS :

Pierre QUESTE, Paul TRIPIER, Gustave DURAND et Jean MORANGE

A Monsieur le Docteur LACOMBE

MÉDECIN DE L'HOPITAL BEAUJON

A Monsieur le Professeur agrégé REYNIER

CHIRURGIEN DE L'HOPITAL LARIBOISIÈRE

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

CHEVALIER DE LA LEGION D'HONNEUR

A Messieurs les Docteurs SAINTON

ANCIEN CHEF DE CLINIQUE DE LA FACULTÉ

et RATHERY

MÉDECIN DES HOPITAUX

Auxquels nous sommes très reconnaissant de nous avoir donné le sujet de cette Thèse

A MON PRESIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur DEBOVE

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE

EX-DOYEN DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

MÉDECIN DE L'HOPITAL BEAUJON

COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR

Le chirurgien, à l'époque actuelle, en présence d'une arthropathie indolore, d'un mal perforant ou de fractures survenant spontanément, pense à rechercher le tabès; il ne lui vient pas toujours à l'idée de discuter ce diagnostic, en face d'un malade présentant les symptômes d'une affection cardiaque. Et pourtant dans ce cas, cette recherche est des plus importantes. Il arrive souvent, en effet, que des tabétiques atteints de crises gastriques ou intestinales, s'adressent à lui, dans l'espoir qu'une opération viendra mettre un terme à d'aussi intolérables douleurs. Or, ces malades étant pour la plupart au début de leur tabès, à une période où les grands symptômes de la phase ataxique n'ont pas encore fait leur apparition, il s'est trouvé que le chirurgien a maintes fois fait dépendre ces crises douloureuses d'une lésion organique d'un des viscères abdominaux: estomac, intestin, foie, rein. Cette erreur a été le point de départ d'un certain nombre d'interventions faites à tort chez les tabétiques, lesquelles n'ont pas toujours été sans conséquences pour ces malades.

Nous avons pensé que la connaissance de ces erreurs de diagnostic, ayant conduit à des interventions fâcheuses, pouvait être utile, et c'est pourquoi nous en avons fait le sujet de notre thèse.

Elle comprendra trois parties :

Dans la première partie nous passerons en revue les crises gastriques et intestinales du tabès, en nous plaçant au point de vue chirurgical. C'est dire que nous laisserons de côté les formes dans lesquelles n'entre pas l'élément douleur.

La seconde partie sera consacrée aux observations des tabétiques atteints de crises gastriques ou intestinales, opérés pour les affections les plus diverses. Nous insisterons surtout sur les cas où l'on a pratiqué la gastro-entérostomie.

Enfin, dans la troisième partie, nous indiquerons comment il est possible d'éviter de telles interventions inutiles.

Mais avant d'aborder notre sujet de thèse, nous tenons à remercier nos Maîtres des Hôpitaux, de l'intérêt qu'ils n'ont cessé de nous porter au cours de nos études médicales.

Ces remerciements s'adressent :

A M. le docteur Lacombe, médecin de l'Hôpital Beaujon, auprès duquel nous avons passé quatorze mois délicieux. C'est en suivant chaque jour la visite de ce clinicien si sûr et si charmant que nous avons appris vraiment à aimer la Médecine. Nous lui devons tant, que ce n'est pas en l'assurant ici de notre plus

vive reconnaissance que nous avons conscience de nous être acquitté envers lui.

A M. le professeur agrégé Reynier, chirurgien de l'Hôpital Lariboisière. Nous avons été son élève pendant 18 mois. Ceci nous dispensera de dire de quel prix fut pour nous son enseignement. Nous avons pu constater par nous-même les beaux résultats qu'il obtient dans le traitement de la tuberculose et c'est dorénavant sa méthode que nous appliquerons dans notre pratique. Que ce Maître, qui fut toujours si bienveillant à notre égard, reçoive ici l'expression de notre profonde gratitude.

A MM. les docteurs Tissier, accoucheur de l'Hôpital de la Charité, et Rieffel, professeur agrégé, aujourd'hui chirurgien de l'Hôpital St-Louis, qui fut notre Maître à Trousseau. Les quelques mois passés auprès d'eux nous parurent trop courts.

A M. le docteur Le Gendre, médecin de l'Hôpital Lariboisière.

A MM. les docteurs Savariaud, chirurgien de l'Hôpital Trousseau, et Michon, chirurgien de l'Hôpital Cochin, que nous avons eu la bonne fortune de connaître dans le service de M. Reynier.

A MM. les docteurs Gasne, médecin des Hôpitaux, et Herscher, ancien interne des Hôpitaux.

Enfin, nous ne saurions nous rappeler, sans émotion, que nous avons été l'élève du Professeur Poirier, mort si prématurément. Nous saluons ici sa Mémoire.

Qu'il nous soit permis d'adresser également nos remerciements les plus sincères à MM. les docteurs Sain-

ton, ancien chef de clinique de la Faculté, et Rathery, Médecin des Hôpitaux, qui ont bien voulu nous donner l'idée de cette thèse et nous aider de leurs conseils au cours de ce travail. Nous leur dédions cette thèse, et nous les prions de croire à toute notre reconnaissance.

Nous remercions M. le docteur Dufour, médecin de la Maternité, de l'accueil si bienveillant qu'il nous a fait.

Et que M. le professeur Debove — dont les deux magistrales Leçons cliniques faites à l'Hôpital Beaujon et parues dans le Journal des Praticiens et la Presse Médicale ont été les documents sans cesse consultés par nous au cours de ce travail — reçoive ici, pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse, l'hommage de notre très respectueuse gratitude.

DES CRISES GASTRIQUES ET ENTERALGIQUES DU TABES EN CHIRURGIE

Les crises gastriques et entéralgiques du tabès consistent en accès douloureux paroxystiques apparaissant et disparaissant brusquement, et dans l'intervalle desquels les organes qui en sont le siège fonctionnent normalement. Ces accès présentant des caractères un peu spéciaux, suivant que leur origine est gastrique ou intestinale, nous allons les étudier séparément.

« Les CRISES GASTRIQUES sont un symptôme précoce du tabès, parfois le seul pendant des années. » (Tronc). Leur début peut être brusque ou précédé de prodromes. En ce cas, elles sont annoncées par un état de malaise particulier amenant une grande dépression physique. Il peut y avoir des nausées, des vertiges, de la tension de l'estomac....

Elles apparaissent souvent d'une façon irrégulière; pourtant il peut se faire que chez certaines femmes,

comme dans le cas de Vulpian, ces crises gastriques se montrent à chaque époque menstruelle.

Trois symptômes les caractérisent : des paroxysmes douloureux, des vomissements et des modifications de l'état général.

La *douleur* qui se montre à n'importe quel moment de la journée, dépasse dit M. Marie « ce qu'un être humain peut supporter en souffrance ». « Elle siège ordinairement à l'épigastre avec irradiations dans tout l'abdomen, dans le dos, dans les lombes et les cuisses ». (Sainton et Tronc). Souvent aussi elle irradie le long des espaces intercostaux, de sorte que le malade a la sensation d'être serré dans un étau. La douleur est térébrante ou lancinante. Les malades se croient piqués par des milliers d'épingles; d'autres fois ils accusent la sensation d'une déchirure interne, d'une morsure profonde, d'un fer rouge promené sur l'estomac, d'un instrument aigu labourant leurs chairs... Dans le but d'atténuer leurs douleurs, on les voit prendre les positions les plus bizarres; « tel est plié en chien de fusil, tel autre est couché sur le ventre, tel a le menton sur les genoux, celui-là de toute la force de ses poings, déprime sa paroi épigastrique ». (Cache).

Ces douleurs durent quelques heures ou plusieurs jours. Elles présentent des rémissions plus ou moins longues, qui sont suivies de nouveaux paroxysmes.

Les *vomissements* se font avec effort; ils sont extrêmement pénibles. Muqueux, alimentaires ou bilieux, ils sont abondants; dans certains cas ils peuvent être

noirs, couleur de suie, rappelant alors les hématémèses des affections organiques de l'estomac. « Quand l'estomac est vide, l'effort pour vomir n'en existe pas moins, et c'est la période des vomissements à sec de Fournier, les plus douloureux ». (Sainton et Tronc). Tant que dure la crise, l'intolérance gastrique est absolue; la moindre tentative d'ingestion d'aliments solides ou liquides provoque le retour des vomissements.

Les *symptômes généraux* consistent en un affaiblissement très marqué, un état de dépression, allant jusqu'à la syncope. Quelquefois, l'algidité, le refroidissement des extrémités, la diarrhée, les crampes, l'anurie, forment un tableau qui rappelle le choléra.

La pupille est dilatée comme dans la plupart des grandes douleurs, le pouls s'accélère, il n'y a pas de fièvre. « Au début de la crise, il peut y avoir du ballonnement épigastrique avec hoquet, l'intestin peut être le siège de borborygmes pénibles et le malade a des évacuations gazeuses incessantes ». (Tronc).

L'examen physique de l'estomac ne donne à l'inspection, aucun résultat. Par la pression, on peut provoquer une douleur au point épigastrique (Mathieu et J-Ch. Roux) : ce point correspondant au plexus solaire fixé sur le tronc cœliaque.

Ces crises ont une durée variable. Avec Soupault, on peut distinguer des crises courtes (1 à 2 jours) et des crises longues (8 à 15 jours). Elles offrent ce caractère dans les deux cas de se terminer brusquement.

« Le malade a faim, il peut faire un repas ordinaire sans avoir le moindre malaise. » (Id.).

Une période d'accalmie succède à la crise. Le retour à la santé peut être parfait. Cependant quand les crises ont été longues les malades peuvent conserver des troubles dyspeptiques, qui sont toujours très légers.

Ces crises récidivent toujours dans un délai plus ou moins long. C'est habituellement au bout de trois mois qu'on les voit revenir. A mesure qu'elles se répètent, l'intervalle qui les sépare tend à diminuer, et elles peuvent aboutir à un véritable état douloureux continuel.

C'est là la *forme commune* de la crise gastrique.

Elle peut exister seule ou associée avec les crises entéralgiques, en particulier les crises cholériformes. Cette association est toujours très grave.

Il nous resterait à indiquer les principales formes de la crise gastrique. Mais nous ne croyons pas que toutes ces formes soient d'un égal intérêt pour le chirurgien. Aussi n'allons-nous parler que de la forme gastralgique et de la forme avec hétamèses.

La *forme gastralgique* se signale par l'intensité des douleurs. Elles sont si violentes qu'elles rappellent la colique hépatique, par certains côtés. Ces douleurs localisées à l'épigastre, envoient des irradiations dans les testicules, les aines, la région interscapulaire.

Les vomissements y font défaut.

Quant à la *forme avec hématémèses*, si on ne la rencontre qu'assez rarement elle est cependant nécessaire

à connaître pour le chirurgien. Elle a surtout été étudiée, par Debève, de Lyon.

Elle reproduit le tableau de la forme commune, mais en plus, les vomissements y sont noirs, marc de café, pouvant faire croire à un cancer. D'autres fois, les hémorragies sont franchement rouges, et se répètent. On pense avoir affaire à un ulcère gastrique.

.˙.

« Comme l'estomac, mais avec une fréquence moindre, l'intestin peut être chez le tabétique, le siège de troubles fonctionnels extrêmement accusés ». (Lœper). La diarrhée et la constipation opiniâtre sont des phénomènes bien connus, qui n'intéressent guère le chirurgien; nous les laisserons de côté, nous bornant à étudier les CRISES ENTÉRALGIQUES proprement dites.

Ces crises apparaissent sans cause et disparaissent brusquement: elles ne laissent pas de traces. Elles peuvent être une manifestation précoce du tabès, mais souvent aussi elles ne se montrent que plus tardivement, alors que l'ataxie est constatable.

Avec M. Lœper on peut les diviser en trois catégories: crises entéralgiques simples — crises cholériformes, — crises entéritiques.

La *crise entéralgique simple* est caractérisée avant tout par la violence des douleurs. Il s'agit de douleurs présentant un début inopiné, douleurs siégeant le plus habituellement dans une des fosses iliaques, indifféremment à droite ou à gauche. La douleur envoie des irradiations dans tout l'abdomen, surtout dans la ré-

gion péri-ombilicale. Angoissante, déchirante, elle éveille l'idée d'une colique hépatique. Certains malades ont une douleur en barre, avec sensation d'écrasement (Ewald).

Les vomissements, quand ils existent, sont toujours discrets. Le plus souvent ils manquent totalement; il n'y a même pas de nausées.

Dans cette forme on note toujours de la constipation avec absence complète de gaz par l'anus.

Si on procède, au moment de la crise, à l'examen physique, on constate presque toujours que l'abdomen est rétracté. Cette rétraction de l'abdomen persiste pendant toute la durée de la crise. Disons qu'il y a pourtant des cas où à la rétraction de l'abdomen succède un météorisme très accentué. La ressemblance avec l'occlusion intestinale par iléus paralytique est alors des plus complète.

A côté de cette crise entéralgique proprement dite, se place la *crise cholériforme*. Les douleurs y sont aussi violentes. Mais au lieu de la constipation comme dans la première forme, on observe une diarrhée profuse. Il y a de l'algidité, des crampes, du refroidissement des extrémités... Elle reproduit le tableau du choléra.

La troisième forme est caractérisée, indépendamment des douleurs, qui sont peut-être encore plus violentes que dans les deux formes précédentes, par l'émission de *muco-membranes*, pouvant contenir du sang. Ces muco-membranes n'apparaissent dans les selles que périodiquement. Il y a dans les moments

d'accalmie qui succèdent à ces crises, des alternatives de constipation et de diarrhée.

Les signes généraux sont communs à ces trois formes. Ils sont toujours très marqués. Ces malades sont abattus, sujets aux lipothymies. Leur respiration est courte et haletante. Les urines sont très diminuées. Le pouls est accéléré, et cette accélération du pouls ne répond à aucune élévation thermique.

Ces crises ont une durée des plus variable : de sept, dix, ou 24 heures, dans la forme entéralgique simple, elle peut être de cinq à six jours dans la crise cholériforme. La crise entéritique a une durée souvent encore plus longue.

Enfin, « il est rare que la crise entéralgique n'ait pas été précédée de manifestations gastriques ou rectales ou de crises diarrhéiques ; il est plus rare encore qu'elle ne soit pas suivie, à échéance plus ou moins rapprochée, de ces divers accidents. » (Lœper).

DES INTERVENTIONS AUXQUELLES ONT DONNÉ LIEU LES CRISES GASTRIQUES ET ENTÉRALGIQUES DU TABES

On comprend que le chirurgien, en présence de ces viscéralgies, dans les mauvaises conditions où il se trouve pour faire son examen, les ait souvent rapportées à une affection organique, le plus habituellement des voies digestives, mais aussi de tout autre appareil, et à ce titre, soit intervenu. Nous avons réuni dans ce chapitre un certain nombre d'observations indiquant les principales de ces erreurs de diagnostic. Nous commençons par rapporter le cas vraiment curieux de M. Debove, dans lequel un malade tabétique présentant des crises gastriques fut successivement considéré comme atteint d'appendicite, de kyste hépatique, de lithiase biliaire et de rein mobile. Cela lui valut trois opérations :

Il s'agit d'un malade, âgé de 40 ans... « Les premiers accidents gastriques remontent à l'année 1897. Le malade fut pris subite-

ment d'une sensation de froid dans le dos, puis de vomissements bilieux très abondants; ceux-ci s'accompagnèrent d'une douleur gastrique atroce, tellement violente qu'il fut obligé de se coucher par terre, craignant en se débattant de tomber par terre. Ces accidents durèrent une demi-journée, puis tout rentra dans l'ordre jusqu'en 1900. A cette date, il y eût une nouvelle crise identique à la précédente.

En 1901, il se produisit quatre crises consécutives qui survinrent pendant quatre mois, puis survint une accalmie de huit mois.

En février 1902, le malade eut une crise très violente qui dura trois jours; elle était survenue à la suite d'une chute; il fut transporté à l'hôpital avec le diagnostic de lésions traumatiques internes. En 1903 et 1904, il eut des crises tous les six mois, d'une durée de trois jours chacune. En décembre 1904, en mai et en avril 1905, se produisirent des crises analogues. Depuis cette époque elles sont devenues très fréquentes et surviennent toutes les trois semaines environ.

Si vous examinez le malade dans l'intervalle des crises, rien dans son aspect extérieur n'attirera votre attention. Par contre, durant la crise le tableau clinique est tout à fait saisissant. Couché sur le dos, les cuisses et les jambes fléchies, il est dans l'attitude dite en chien de fusil. En proie à des douleurs atroces qui siègent au creux épigastrique, il compare ces sensations douloureuses à une torsion, à un écrasement; le paroxysme est tellement violent qu'il arrache des cris et des plaintes incessantes au malade et donne à sa physionomie l'expression de la plus vive angoisse. Des vomissements incessants de bile, de matières muqueuses accroissent la douleur. L'ingestion de boissons paraît produire l'exacerbation de ces phénomènes.

La crise dure, aussi violente, pendant trois jours, puis elle va progressivement en s'atténuant pendant trois autres jours.

..... La première idée qui vient à l'esprit en présence d'une pareille crise, c'est qu'il s'agit d'une crise gastrique d'ataxie locomotrice, car ces crises sont caractérisées par l'intensité de la douleur et l'intégrité des fonctions digestives dans l'intervalle des accès. L'intensité de ces douleurs est à elle seule presque caractéristique.

....Il existe des troubles oculaires et l'étude du liquide céphalo-rachidien, extrait par ponction lombaire, révèle des altérations capitales.

Depuis trois ans, le malade se plaignait que sa vue baissait, surtout au niveau de l'œil droit. Aussi l'avions-nous fait examiner par un oculiste et voici le résultat de cet examen. On ne constate ni dyschromatopsie, ni scotome. Il existe une mydriase à droite et une diplopie croisée; ces symptômes indiquent une parésie du nerf moteur oculaire commun du côté droit. Le réflexe pupillaire à l'accommodation persiste, le réflexe lumineux a disparu; autrement dit le malade présente le signe d'Argyll-Robertson. Il y a une atrophie blanche de la pupille droite. Or, la réunion de tous ces symptômes: paralysie du moteur oculaire commun, signe d'Argyll-Robertson, atrophie papillaire suffisent pour permettre d'affirmer à eux seuls le diagnostic de tabès.

L'examen du liquide céphalo-rachidien a donné des résultats confirmatifs. Il indique un processus inflammatoire méningé qui, dans le cas particulier, ne peut être attribué qu'au tabès. Ce liquide est en hypertension, il contient de nombreux éléments cellulaires, quelques polynucléaires et beaucoup de lymphocytes; il est enfin fortement albumineux.

..... J'espère avoir entraîné votre conviction et je pense que le diagnostic ne fait pour vous aucun doute. Il doit cependant présenter une réelle difficulté, car, jusqu'à présent, malgré de nombreuses consultations médicales et chirurgicales, la véritable nature du mal a été méconnue. Aussi a-t-on fait chez ce malade de nombreuses opérations chirurgicales qui ne lui ont apporté aucun soulagement.

En 1904, on fit le diagnostic d'appendicite. Heureusement on se contenta de faire ce diagnostic sans intervenir chirurgicalement.

...Au commencement de 1905, on diagnostiqua un kyste hydatique du foie et on l'enleva chirurgicalement. Le diagnostic était exact et l'on eut raison de faire l'opération, mais on eut tort d'attribuer au kyste les crises gastriques et d'affirmer au malade qu'elles disparaîtraient à la suite de l'intervention.

Les douleurs persistèrent si bien que le malade dut entrer dans un nouveau service d'hôpital, où l'on fit le diagnostic de lithiase biliaire; on proposa alors à notre patient de lui enlever la vésicule biliaire, lui promettant après cette ablation, la cessation des crises. Le malade consentit. A quoi ne consentirait-on pas, lorsqu'on est en proie à des douleurs d'une pareille atrocité? L'opération fut faite et les crises reprirent exactement comme avant.

Notre homme revint de nouveau voir le chirurgien qui, constatant un rein mobile à droite, fit une néphropexie qui n'amena aucun soulagement.

Le malade est sorti des mains des chirurgiens avec des cicatrices profondes et étendues qui divisent la paroi abdominale en une série de compartiments..... » (1).

---

(1) Observation extraite de la Leçon clinique « Crise gastrique tabétique, faite par M. le Professeur Debove, à l'hôpital Beaujon. Leçon recueillie par M. le Dr Rathery, et parue dans le Journal des Praticiens du 11 mai 1907.

Qu'on ait attribué les crises gastriques à un kyste hydatique, la confusion, à la rigueur, dans ce cas particulier peut se comprendre. Il y avait chez ce malade coexistence d'un kyste hydatique et de crises gastriques. Mais dans les cas beaucoup plus fréquents où les crises gastriques ne sont pas ainsi associées, il serait exceptionnel qu'elles puissent faire croire à un kyste hydatique. Il suffit de se rappeler les principaux symptômes du kyste hydatique pour en être convaincu. Les douleurs — quand elles existent — sont localisées à l'hypocondre droit; elles sont moins violentes, continues et n'ont pas ce caractère des crises gastriques de se montrer périodiquement. Les vomissements sont rares. Enfin, il existe habituellement une douleur fixe dans l'épaule droite; l'interrogatoire apprend que depuis quelque temps déjà le malade a du dégoût des matières grasses, qu'il a présenté des poussées d'urticaire, et l'on constate une voussure occupant l'hypocondre droit.

Bien plus difficile à éviter est l'erreur avec la colique hépatique, accident de la lithiase biliaire. Ces deux affections ont en commun l'intensité des douleurs et les vomissements. Mais dans la lithiase biliaire, la douleur se montre habituellement trois heures après le repas du soir, en un point bien précis, le point cystique, situé à l'angle que forme le bord externe du grand droit avec le rebord des fausses côtes. L'intolérance gastrique est moins marquée. Enfin l'ictère et la fièvre, quand on les constate, n'appartiennent qu'à la lithiase.

Lorsqu'on fit à ce malade une néphropexie, on avait

pensé que les accidents qu'il présentait devaient être mis sur le compte d'un rein mobile. Cette erreur s'explique d'autant mieux qu'il existe une forme gastrique du rein mobile. Cette forme étant constituée par des douleurs épigastriques intenses, s'accompagnant de vomissements parfois incoercibles, l'analogie entre les deux affections, au premier abord, est complète. Cependant ces crises gastriques de la néphroptose sont assez particulières aux femmes, coïncidant souvent avec la période menstruelle. Les douleurs quoique pouvant être très intenses, comme nous l'avons dit, n'ont pourtant pas le caractère d'atrocité des crises gastriques, auxquelles rien n'est comparable; elles n'ont pas notamment cette brusquerie dans l'apparition qui est le propre des crises gastriques. Et la constatation d'une tumeur dans la région lombaire viendrait confirmer la néphroptose.

Si nous n'avons pas encore discuté le diagnostic de ces viscéralgies avec l'appendicite, c'est que dans cette observation on s'est contenté de faire ce diagnostic, sans intervenir. Il est d'autres cas où l'erreur entraîna une opération. En voici un exemple:

X..., 33 ans, employé de banque.

Névropathe.

Il y a deux ans, il ressentit pour la première fois de violentes douleurs dans le ventre, le matin, au réveil, et un peu plus tard il eût des douleurs très vives au creux de l'estomac, (il compare ces dernières à des piqûres d'aiguilles). En même temps il avait des nausées et des vomissements de bile; les vomissements le

soulageaient. Pensant qu'il avait l'appendicite, il entra à Tenon dans un service de chirurgie. Là on ne l'opéra pas.

Depuis ces deux ans, tous les deux mois environ, des crises semblables reparaissent, qui durent quelques jours. Le reste du temps il se porte bien.

Il arrive à calmer lui-même ses crises par le repos et la diète absolue. Il se met une vessie de glace au creux épigastrique.

Au mois de février 1909, il fut repris de douleurs encore plus violentes. Il entra dans un hôpital de province.

Il fut mis en observation pendant un mois avant d'être opéré. Les huit premiers jours il eut des vomissements glaireux et une constipation opiniâtre. Il resta à la diète pendant huit jours. Sa crise cessa.

Pensant que ces accidents étaient dûs à l'appendicite, le chirurgien lui enleva l'appendice. Il était normal.

Trois semaines après son opération, le malade fut repris de ses douleurs; mais cinq jours auparavant il eut des douleurs fulgurantes dans les cuisses. De nouveau quelques jours avant sa sortie de l'hôpital, il eut des douleurs fulgurantes.

Enfin, tout dernièrement ce malade eût encore une nouvelle crise gastrique, semblable aux précédentes.

Il a de l'abolition du réflexe rotulien, et présente le signe d'Argyll-Robertson (1).

Cette méprise qui consiste à croire à l'appendicite en présence de crises gastriques, a dû être fréquente à en juger par le mode de début de l'appendicite. C'est presque toujours par une douleur épigastrique déchi-

(1) Observation inédite.

rante — un véritable coup de poignard au creux de l'estomac — qu'elle s'établit. Avec cela des nausées, des vomissements, un état de collapsus pouvant être très marqué. A cette période les symptômes de l'appendicite et des crises gastriques sont presque identiques et l'embarras du chirurgien peut être grand. Cette indécision sera de courte durée; l'appendicite, arrivée à la période d'état, se différencie aisément des crises gastriques du tabès. La douleur, dans l'appendicite s'apaise relativement vite, elle se localise au point de Mac Burney, la paroi abdominale de la fosse iliaque droite est le siège d'hypéresthésie; il y a de la constipation. Enfin souvent il s'y joint de la fièvre, ce qu'on n'observe jamais dans les crises gastriques.

Par les deux observations que nous venons de citer, nous avons vu quelles ont été les principales interventions auxquelles ont donné lieu les crises gastriques, lorsqu'elles ont été rapportées au fonctionnement défectueux d'un organe voisin de l'estomac. Comme on le pense, c'est à plus forte raison encore, avec les affections organiques de l'estomac lui-même, que l'erreur a été commise. Et ce sont les opérations auxquelles elles ont donné lieu que nous allons indiquer.

Nous voyons dans le cas de M. Cotte (de Lyon), des crises gastriques prises pour un ulcère d'estomac.

« Homme de 41 ans, aubergiste, ayant fait des excès éthyliques.

Pas de syphilis avouée.

Les crises gastriques firent leur apparition il y a 5 ans, carac-

térisées par des douleurs violentes et des vomissements incoercibles; dès le début le malade eut aussi des hématémèses. Ces crises, pendant un ou deux ans ne revinrent que tous les trois à quatre mois, mais ensuite elles devinrent plus fréquentes et depuis un an, le malade les ressent à peu près tous les six mois. Pendant trois jours elles ont une intensité extraordinaire, elles se prolongent moins violentes pendant trois à quatre jours.

Depuis deux ans, au moment de la crise le malade a des douleurs fulgurantes des membres inférieurs.

A son entrée dans le service il présente de l'abolition des réflexes rotuliens et le signe d'Argyll.

Le malade est opéré en pleine crise par M. Vallas. Après la paratomie exploratrice, on trouva un estomac normal, mais on constata l'existence à sa surface de vaisseaux très dilatés; on fit l'élongation du plexus solaire, en recherchant le tronc cœliaque et en le dénudant simplement. Depuis l'intervention le soulagement est complet et aucun phénomène douloureux n'a réapparu.

On avait cru avoir affaire à un ulcère gastrique » (1).

L'erreur pourtant, ici, fut d'ordre un peu spécial. A son entrée, le malade fut reconnu tabétique; et comme le dit M. Vallas, à la Société nationale de médecine de Lyon, dans la séance du 2 avril 1906, il avait pensé que peut-être ces accidents étaient sous la dépendance d'un ulcère trophique, ce qui justifiait son intervention. L'opération montra qu'il n'y avait pas d'ulcération, de sorte qu'au fond la confusion n'en persiste pas moins:

(1) G. Cotte. — Lyon médical, 15 avril 1906. — Observation résumée par M. Tronc dans sa thèse.

les crises gastriques ont simulé les symptômes produits par un ulcère — quelle que soit la pathogénie de cet ulcère. C'est pourquoi nous avons tenu à mentionner cette observation.

Le diagnostic des crises gastriques accompagnées d'hématémèses avec l'ulcère stomacal présente de réelles difficultés, dans des cas comme celui-ci. Dans l'une et l'autre affection il y a les deux mêmes symptômes: la douleur et le vomissement de sang. Mais le vomissement de sang, dans les crises gastriques, est rarement abondant: c'est une simple coloration noire, marc de café, tandis que dans l'ulcus, les hémorragies sont habituellement copieuses. Quant à la douleur elle présente dans l'ulcère, des caractères bien spéciaux: elle est précédée depuis longtemps par des troubles digestifs plus ou moins accusés; elle éclate quelques minutes après le repas, exagérée par l'alimentation carnée, les boissons alcooliques...; enfin elle siège à l'épigastre sur la ligne médiane ou très près d'elle avec parfois, un point dorsal, affectant alors les caractères de la douleur en broche.

L'observation de M. Cotte doit retenir encore notre attention à un autre point de vue. On pourrait être tenté de croire que si le diagnostic fut inexact, du moins le résultat fut heureux, puisque depuis l'intervention « aucun phénomène douloureux n'a réapparu. » Mais comme le fait remarquer très justement M. Cotte « il s'agit ici d'un résultat immédiat et il faut attendre quelque temps pour juger de la valeur de cette intervention ». Car ce n'est pas au bout de deux

mois après une intervention pour des crises gastriques du tabès qu'on pourrait même envisager l'hypothèse d'une guérison, quand on sait que c'est là précisément la caractéristique de ces crises, de laisser entre les accès, des intervalles d'accalmie !

Les crises gastriques en ont imposé aussi pour des tumeurs de l'estomac. M. Pinèles en rapporte un cas dans lequel on intervint chirurgicalement :

« Malade, âgée de 41 ans, chez laquelle les crises gastriques apparurent d'une façon isolée, il y a deux ans et demi. La constatation d'une tumeur dans la région pylorique donna lieu plus tard à une opération de laparatomie. On se trouva en présence d'un épaississement simple de la partie pylorique sténosée de l'estomac, n'exigeant naturellement aucune intervention chirurgicale. Tout récemment on a pu constater le signe d'Argyll-Robertson et les symptômes d'une insuffisance aortique. Les crises gastriques persistent toujours » (1).

On ne précise pas ici à quelle tumeur on avait pensé. Tout porte à croire que c'était à un néoplasme. S'il en fut ainsi, l'erreur s'explique difficilement. Le cancer, par sa symptômatologie, se distingue aisément des crises gastriques. Il est rare qu'à son début il donne lieu à des douleurs aussi violentes; à cette période c'est plutôt une pesanteur, une sensation continue de gêne, qu'une douleur paroxystique, et si à la fin de son évolution, le néoplasme donne lieu à des douleurs

(1) Pinèles. — Club médical Viennois séance du 30 novembre 1898.

qui peuvent très bien, par leur intensité, simuler les crises gastriques, par contre il détermine un état de cachexie aisément reconnaissable. L'émaciation, le teint jaune paille, l'engorgement des ganglions sus-claviculaires, auxquels vient se joindre une anorexie élective pour la viande, en sont les principaux éléments. Nous n'avons pas parlé de la constatation d'une tumeur, car même à cette période avancée, il peut arriver qu'on n'en sente pas.

***

Bien plus intéressantes encore, par les considérations auxquelles elles se prêtent, sont les observations des malades atteints de crises gastriques, opérées pour une sténose du pylore. On observe dans la sténose pylorique et dans les crises gastriques, des douleurs et des vomissements. C'est sur le caractère même de ces douleurs et de ces vomissements que s'établit la différenciation. Tandis que dans la crise gastrique, la douleur se montre à n'importe quel moment de la journée, la douleur dans la sténose du pylore survient quelques heures après le repas : d'intermittente qu'elle était d'abord, elle devient plus tard continue avec paroxysmes se produisant au même moment. Les vomissements de la sténose du pylore diffèrent de ceux des tabétiques, en ce qu'ils viennent mettre fin aux accès douloureux ; enfin la sténose pylorique présente ce qu'on appelle le grand vomissement, dans lequel la masse vomie est considérable, et contient des aliments intacts, ingérés plusieurs jours auparavant. Si l'étude de ces symptômes fonctionnels ne suffisait pas à distinguer

une sténose du pylore d'une crise viscéralgique, la dilatation gastrique, l'exagération du péristaltisme, et surtout la présence d'une tumeur dans la région pylorique, seraient décisives.

Si nous avons un peu insisté sur le diagnostic différentiel de ces deux affections, c'est parce qu'il présente un grand intérêt pratique. Ne soupçonnant pas le tabès, le chirurgien peut être conduit à faire de multiples interventions, comme dans le cas rapporté par M. O. Eschbaum où un tabétique atteint de crises gastriques « fut opéré quatre fois par quatre opérateurs différents ».

« Il s'agissait d'un homme de trente-sept ans, qui avait commencé à souffrir de crises douloureuses gastriques en 1902; il fut soigné d'abord pour des coliques de plomb, puis, les crises se répétant et s'accompagnant de vomissements, on porta le diagnostic de sténose du pylore, et l'on pratiqua la gastro-entérostomie antérieure.

Après une amélioration de six mois environ, douleurs et vomissements reparurent: on intervint de nouveau, et l'on constata, d'après les renseignements fournis par l'opérateur, que la bouche gastro-jéjunale fonctionnait bien, mais qu'une légère coudure de l'intestin devait être le point de départ des accidents: on la corrigea par une suture.

L'année suivante — à la suite d'une nouvelle amélioration temporaire — les crises se renouvelèrent plus intenses et plus rapprochées.

Une troisième laparotomie est faite; on pratique une entéro-anastamose.

Le malade est soulagé pour quelques mois et se reprend à travailler; puis les accidents récidivent encore: quatrième laparotomie; cette fois on ne put que vérifier le bon état des anastomoses précédemment établies et l'absence de toute espèce de lésion; on conclut à l'origine neurasthénique des douleurs.

Celles-ci continuent et le malade entre en septembre 1906, à la clinique médicale de Bonn; on relève alors les signes certains du tabès; on ne constate aucun trouble de la motilité ni des sécrétions de l'estomac; même pendant les crises, l'acidité reste normale. Un traitement prolongé pendant plusieurs mois finit par améliorer notablement les douleurs.

On ne peut savoir si lors de la première intervention le diagnostic de tabès était déjà faisable avec certitude; toutefois il y a lieu de s'étonner que, au cours des diverses chloroformisations, l'immobilité ou du moins la faible réaction de la pupille n'ait pas était remarquée et n'ait pas mis sur la voie de l'interprêtation exacte.... » (1).

Cette observation est un premier exemple des cas où la gastro-entérostomie fut fâcheuse, puisqu'ici, les douleurs se montrèrent par la suite plus violentes, nécessitant de nouvelles interventions. Ces méfaits, dus à la gastro-entérostomie entreprise chez des tabétiques, se retrouvent dans toute une série d'observations. Mais avant de les citer, nous devons rappeler que MM. Dubar et Leroy (de Lille) ont publié récemment les observations de deux malades tabétiques atteints de cri-

(1) O. Eschbaum. — Crises gastriques simulant la sténose pylorique. Semaine Médicale 1908. page 308.

ses gastriques (diagnostiquées) chez lesquels la gastro-entérostomie amena la disparition des crises gastriques. L'un de ces cas, trop récent, n'est pas par cela-même concluant; l'autre, il faut le reconnaître, a semblé donner une amélioration. Par quel mécanisme? on ne se l'explique guère. Mais, si surprenant que puisse paraître le fait d'une intervention périphérique amenant la guérison d'un mal dont la cause est centrale, il n'en est pas moins vrai qu'il y a là un fait clinique — d'autant plus intéressant qu'il est exceptionnel. Exceptionnel, parce que si la gastro-entérostomie pouvait guérir les crises gastriques du tabès, les erreurs de diagnostic qui ont fait prendre des crises gastriques pour une sténose pylorique, et de ce fait ont conduit à l'intervention, auraient été profitables pour les malades. On va voir par une série de faits qu'il n'en fut rien et que loin d'améliorer le tabès, l'opération dans la plupart des cas en précipita la marche. Comme le dit M. Debove, « Les crises gastriques persistent et le tabès s'aggrave ».

Voici d'abord une note de M. Reclus :

« J'ai été commis, il y a quelques années, avec les professeurs Duplay et Brouardel, pour examiner un malade accusant un chirurgien d'avoir aggravé son affection. Il était atteint de tabès; or, quelques mois auparavant, un de nos collègues les plus qualifiés lui avait pratiqué une gastro-entérostomie pour faire disparaître des vomissements incessants qui avaient été attribués à un rétrécissement pylorique. L'opération ne révéla aucune altération de la région, et malheureusement les crises prirent un caractère plus grave après l'intervention. Enfin quand nous eûmes

à examiner le patient, les signes du tabès étaient devenus incontestables » (1).

Puis, cette observation de M. Tronc :

« S...., 32 ans, maçon.

Père mort d'un cancer du larynx. Mère bien portante.

Pas de maladies dans l'enfance, ni la jeunesse. Syphilis à 18 ans, soignée pendant un an environ. Marié; deux enfants bien portants.

Nie tout excès alcoolique.

Brusquement, au mois de décembre 1902, le malade est pris, après déjeuner, de douleurs vives au creux épigastrique; après quelques efforts il a des vomissements abondants glaireux, aigres, verdâtres, mais nullement alimentaires. La douleur épigastrique consiste en une sorte d'arrachement, que les vomissements ne calment pas; tout essai d'alimentation provoque des nausées et fait vomir le malade. La crise dure trois jours et le malade s'alimente de suite et reprend son travail au bout de huit jours.

Deux mois après, en février 1903, le malade est repris des mêmes symptômes, mais plus violemment; la crise dure plus longtemps que la première, une huitaine de jours.

Pendant l'année 1903, il a sept crises semblables.

Etant donnée la répétition des crises et leur caractère, on pensa au tabès et le malade fut examiné par Soupault qui fit le diagnostic: crises gastriques tabétiques. L'analyse du suc gastrique n'avait pas décélé d'hypéracidité. Il fit l'objet de plusieurs leçons

(1) Note de M. le professeur Reclus, citée dans le Leçon clinique de M. Debove. Leçon parue dans la Presse Médicale du 22 juillet 1908.

aux élèves du service du professeur Debove; dès cette époque il aurait eu de la diminution du réflexe rotulien.

En 1904, il a six crises semblables, mais dont la durée augmente chaque fois.

En 1905, il n'a que quatre crises. Pendant ces deux années, il est soumis à des séries de piqûres, d'abord de calomel, ensuite d'huile grise.

En 1906, il a dix crises. Examiné par M. Sainton d'une façon minutieuse, il ne présente comme signe de tabès, outre ses crises gastriques, que de la diminution des réflexes rotuliens, les réflexes achilléens étant normaux, un peu d'hypotonie de la jambe.

Au mois de novembre 1906, en pleine crise gastrique, il a une rétention d'urine, qui dure deux jours et oblige à le sonder. Rien, ni dans les antécédents, ni par l'examen de l'appareil urinaire ne pouvant l'expliquer, le diagnostic de tabès à début gastrique est confirmé.

On lui fait deux ponctions lombaires: pas de lymphocytose. Le malade s'alimente, engraisse; sort le 25 janvier 1907. On lui fait une série de piqûres de nitrite de soude et on lui fait suivre un régime approprié.

Au mois de mars 1907, nouvelle crise gastrique pour laquelle il entre à Beaujon; on lui trouve alors de l'exagération des réflexes rotuliens et de l'albumine dans les urines. On repousse l'idée de tabès et on fait le diagnostic: gastropathie chez un syphilitique. Traitement: régime lacté, calmants, lavages de l'estomac qui sont sans effet, on lui refuse la morphine, qu'il réclame sans cesse. Il est désagréable, se fait apporter des aliments par sa femme, en cachette, et est renvoyé au mois d'avril.

Rentre dans une autre salle au mois de mai. Mêmes caractères dramatiques des crises; le malade réclame la piqûre de

morphine. Les crises n'ont plus de paroxysmes; c'est un état nauséeux continu, avec rejet de petites quantités d'un liquide glaireux, et exagération évidente lorsque quelqu'un observe le malade.

Diagnostic: crise gastrique chez un morphinomane; on le traite comme tel, on le démorphinise progressivement à son insu, on l'alimente et dès le mois de juin, on ne lui injecte plus que de l'eau de laurier-cerise, ce qui le soulage fort bien. Il sort guéri le 13 juillet pour rentrer le 15 avec des vomissements abondants.

Dès lors il va passer de service en service, réclamant avec insistance sa piqûre de morphine, allant boire la nuit le lait de ses voisins pour se faire rendre et être piqué.

On note dès le mois de mai des réflexes pupillaires paresseux; les pupilles réagissant faiblement et sont inégales.

En juillet on pose le diagnostic de rétrécissement de l'œsophage; on le fait radiographier. De l'hôpital Beaujon, il passe à l'hôpital Saint-Antoine au mois d'août. Là, dans un service spécial, on lui trouve à jeun, du liquide résiduel qu'on retire avec la sonde. On fait le diagnostic: Sténose du pylore avec dilatation de l'estomac et on le confie à un chirurgien.

Il est opéré; on lui fait une gastro-entérostomie et on trouve une sténose du pylore à peine marquée!..... » (1).

Le 22 novembre 1907, il rentre à Beaujon dans le service de M. le Docteur Troisier. M. le Professeur Debove indique en ces termes, dans sa leçon clinique,

(1) Observation 40 de la Thèse de Tronc « Des crises gastriques prémonitoires du tabès ». Paris 1908.

quels furent les résultats de l'intervention :

« Depuis cette opération la santé du malade s'est considérablement aggravée; il souffre toujours de l'estomac et il a des troubles viscéraux divers; notamment il ne sent plus le besoin d'aller à la selle, ni le besoin d'uriner. D'autre part l'examen radioscopique a permis de constater que la bouche gastro-intestinale fonctionne mal; nous nous étonnons même qu'elle soit encore ouverte » (1).

Nous avons revu, ces derniers temps, ce malade, — que nous connaissions depuis déjà longtemps.

Il est maintenant dans un état cachectique. Il est pâle et très amaigri; la raison en est qu'il est arrivé à un point où il ne peut plus se nourrir. Ses crises gastriques, au lieu d'être comme au début, nettement séparées par des périodes d'accalmie, sont devenues continuelles. Il ne se passe pas de jour qu'il ne souffre de l'estomac. « Il lui faudrait à présent, dit-il, ne plus rien prendre du tout, pour avoir quelque répit. » A chaque tentative d'ingestion d'aliments, il est pris de douleurs extrêmement violentes, qui dépassent en intensité, — et sur ce point il est très affirmatif — celles pourtant si vives qu'il avait jusqu'ici ressenties. Les douleurs augmentent jusqu'au moment du vomissement. Les vomissements apparaissent trois ou quatre heures après le début des douleurs. Ils sont copieux et sentent mauvais. On y retrouve des débris alimentaires ayant séjourné dans l'estomac.

(1) Debove. « Tabès et Chirurgie. » Presse médicale, 22 juillet 1908.

Les symptômes gastriques chez ce malade peuvent paraître au premier abord complexes. Leur interprétation en est simplifiée si l'on se rappelle que la Radioscopie avait déjà montré que la bouche gastro-intestinale était rétrécie. Aux accidents de la crise gastrique sont venus s'ajouter ceux qui résultent d'un obstacle à la libre circulation du chyme. C'est que « lorsqu'on pratique une gastro-entérostomie et qu'il n'existe pas d'obstacle pylorique, la bouche anormale faite par le chirurgien, s'oblitère » (1) ainsi que l'ont bien montré par cet exemple, MM. Castaigne et Dujarrier :

« Un malade atteint de crises gastriques au cours d'un tabès fruste, était entré à l'hôpital Saint-Louis. En présence des douleurs très violentes et des vomissements acides, on fit le diagnostic de gastro-sucorrhée, et, comme le malade menaçait de se suicider, on lui fit une gastro-entérostomie. Nous l'avons vu un mois après, et nous avons eu l'occasion d'examiner son estomac; ses crises gastriques persistaient et l'on ne constatait pas la présence de la bile, ni du suc pancréatique dans ses vomissements, pas plus que dans le liquide retiré par la sonde. Il mourut d'un ictus apoplectique, deux mois et quatre jours après son opération: l'autopsie nous montra que le pylore n'était pas sténosé et que la bouche stomacale s'était oblitérée » (2).

Là ne s'arrête pas la liste des observations où la gastro-entérostomie fut fâcheuse. Une observation de M.

(1) Debove.

(2) Observation de MM. Castaigne et Dujarrier, publiée dans leur rapport au Congrès de Médecine de 1907. Observation citée par M. Debove dans son article « Tabès et Chirurgie ».

Castaigne, résumée par M. Debove dans sa leçon Clinique, nous apprend que deux mois après son opération, le malade mourait :

« M. F..., âgé de 45 ans, meurt de pneumonie. Il raconte, au moment où il entre à l'hôpital, qu'il a eu des crises gastriques très violentes, survenant deux ou trois fois par mois et qu'elles duraient deux jours; mais dans leur intervalle il digérait bien. L'intensité de la crise, l'état satisfaisant dans l'intervalle des paroxysmes auraient dû faire penser qu'il s'agissait d'ataxie locomotrice et ce diagnostic eût été confirmé par la disparition des réflexes tendineux et par le signe d'Argyll-Robertson. Tous les autres signes, notamment l'incoordination et les douleurs fulgurantes manquaient.

Nous ignorons quel diagnostic fut porté, mais on fit une gastro-entérostomie. Deux mois plus tard, le malade mourait.

L'autopsie montra que le récit du malade était exact; il avait une gastro-entérostomie fort bien faite et qui prouvait l'habileté opératoire du chirurgien. D'un autre côté on constata une sclérose des cordons postérieurs de la moelle, qui indiquait la véritable nature des accidents gastralgiques éprouvés par le malade » (1).

Enfin, dans un entretien que nous avons eu avec lui, M. le Docteur Henri Dufour a bien voulu nous parler d'un tabétique dont nous allons rapporter l'histoire dans ses grandes lignes. Mais faisons remarquer qu'il ne s'agit pas d'une erreur de diagnostic, encore moins

(1) Observation de M. Castaigne, résumée par M. Debove dans sa leçon « Crise gastrique tabétique ».

d'une intervention faite à tort. La gastro-entérostomie qu'on a pratiquée chez ce malade, a paré à des accidents immédiats; et si elle n'avait pas été faite, il n'est pas douteux que le malade, dans l'état grave où il se trouvait, ne fut mort d'anémie. Si nous la citons, c'est parce qu'elle vient à l'appui de cette affirmation que la gastro-entérostomie ne saurait guérir les crises gastriques tabétiques, et qu'elle n'est pas toujours sans influence sur l'évolution ultérieure du tabès.

Elle concerne un malade de Saint-Louis, âgé de 35 ans environ, à la fois alcoolique, syphilitique et tuberculeux. Cet homme était nettement tabétique. Comme principaux symptômes de tabès, il présentait le signe d'Argyll, des douleurs fulgurantes dans les membres, des crises gastriques non douteuses. D'ailleurs une ponction lombaire qu'on lui fit à son entrée, montra qu'il avait de la lymphocytose dans le liquide céphalo-rachidien.

Un jour, cet homme fut pris de formidables hémorragies stomacales et intestinales, que le traitement médical ne parvint pas à arrêter. M. Dufour, à la suite de l'examen clinique auquel il procéda, pensa que les hémorragies étaient dues à un ulcère duodénal, et devant le caractère menaçant qu'elles prenaient, il fit faire, en toute urgence, une gastro-entérostomie. Au cours de l'opération on put vérifier que le diagnostic d'ulcère duodénal était exact, ce qui légitimait l'intervention.

A la suite de l'opération, les hémorragies s'arrêtèrent. Mais à quelque temps de là, il se produisit un circulus viciosus pour lequel il fallut procéder à une seconde intervention. Le malade dut, certes, la vie à ces opérations, mais il ne tarda pas à tomber dans un état lamentable. Ses crises gastriques continuèrent. Il

fit, à quelque temps de là, des phénomènes cérébraux qui, joints à de l'inégalité pupillaire, donnèrent à penser que peut-être il commençait une paralysie générale. A ce moment, M. Dufour le perdit de vue. Il ne sait ce qu'il est devenu, mais il y a de fortes présomptions pour qu'il soit mort maintenant.

La conclusion à tirer de ces faits, c'est qu'on devra s'abstenir de pratiquer la gastro-entérostomie dans les crises gastriques du tabès « parce qu'elle ne peut pas modifier une douleur dont la cause est centrale, parce que l'abouchement fait par le chirurgien s'oblitèrera rapidement ; enfin, parce que toute opération, tout traumatisme, peut aggraver le tabès ». (Debove).

***

A côté de tous ces cas, où l'intervention reposa sur une erreur de diagnostic, se placent ceux où l'intervention fut faite en l'absence d'un diagnostic. Le cas de M. J. Ch. Roux en est un exemple. On procéda à une laparatomie exploratrice ; peut-être même aussi complèta-t-on l'opération par une gastro-entérostomie.

« Ces jours derniers, un jeune homme d'une trentaine d'années vient à la consultation de l'hôpital St Louis ; il se plaint de crises douloureuses gastriques atroces, accompagnées de vomissements, et qui, séparées par des intervalles de santé parfaite au début, se reproduisent actuellement plusieurs fois par jour, ce qui constitue une très pénible infirmité.

Ces accidents ont débuté il y a environ dix ans. Tous les deux ou trois mois, sans cause appréciable, survenaient des crises gastriques ; pendant une journée, les vomissements ne cessaient pas ;

le malade criait de douleur, prostré sur son lit. L'accès se terminait de lui-même au bout d'une heure et pendant plusieurs semaines, il n'existait plus aucun trouble digestif.

Ce sont bien les caractères habituels des crises gastriques tabétiques, et un examen rapide confirme cette première impression : les réflexes patellaires sont abolis, les pupilles ne réagissent pas à la lumière mais se contractent à la convergence, les testicules sont insensibles à la pression. Il s'agit d'ailleurs d'un tabès purement viscéral, il n'y a ni douleurs fulgurantes dans les membres, ni incoordination.

Cette histoire n'aurait donc rien que de très banal, sans les modifications survenues dans l'aspect de ces accidents gastriques.

La nature de ces crises douloureuses n'avait pas été reconnue. Très préoccupé de ces désordres si violents et si imprévus, et fort désireux d'y mettre un terme, ce jeune malade eut recours aux médications les plus diverses qu'on put lui proposer; un chirurgien pratiqua même une laparatomie exploratrice et vraisemblablement une gastro-entérostomie, bien que le malade n'ait pu nous donner de renseignements exacts sur ce point. Les crises se répétaient toujours avec les mêmes caractères et la même périodicité.... » (1).

La suite de l'observation apprend que le malade, devenu morphinomane après cette opération, vit ses crises gastriques s'aggraver.

N'est-il pas permis de se demander, après ce que nous avons dit, si l'intervention n'entra pas pour une part

(1) J. Ch. Roux. « Crises gastriques tabétiques aggravées par la morphine. » La Clinique (1er février 1907).

dans cette aggravation des crises gastriques? — Et n'est-ce pas elle qui conduisit le malade à la morphinomanie?

***

Nous arrivons à l'observation de MM. Dufour et Cottenot dans laquelle une crise gastrique tabétique fut prise pour une obstruction intestinale. Il en résulta un anus iliaque.

« Vers le début de l'année 1908, Mme B..., âgée de 29 ans, est prise assez brusquement de vomissements bilieux, verdâtres. Ceux-ci surviennent au cours d'une période de constipation. On la conduit à l'hôpital où elle est placée dans une service de chirurgie. On porte le diagnostic d'obstruction intestinale et l'on pratique chez cette malade un anus artificiel dans la fosse iliaque gauche. Les suites furent très simples, paraît-il, car au bout de 3 semaines, la malade sortit guérie de l'hôpital, pour y rentrer quelque temps après, l'anus s'étant passagèrement entr'ouvert à l'occasion d'une nouvelle crise de vomissements. Définitivement guérie depuis longtemps, cette femme entre en traitement dans notre service pour de nouveaux vomissements très graves, cette fois, coïncidant avec un début de grossesse. Il s'est écoulé environ 10 mois, depuis son opération.

L'ayant examinée complètement, nous nous aperçevons qu'elle est tabétique sans cependant présenter d'Argyll-Robertson.

Elle a de l'inégalité pupillaire, de l'abolition des réflexes rotuliens et achilléens, de la dissociation de la sensibilité au niveau des membres inférieurs, de l'incoordination des membres inférieurs, une lymphocytose très abondante du liquide céphalo-rachidien

Etant donnée, d'une part, l'absence de cause ayant pu provoquer une occlusion intestinale, absence démontrée par l'opération et, d'autre part, l'existence du tabès qui a été méconnue, il n'est pas douteux que, chez cette malade, les phénomènes qui en ont imposé au chirurgien pour une obstruction intestinale, relevaient des crises gastriques tabétiques.... » (1).

L'erreur méritait vraiment d'être signalée. Il est à supposer que souvent elle a dû être commise. Dans l'occlusion intestinale comme dans la crise gastrique, les accidents éclatent brusquement au milieu d'une bonne santé. Douleur soudaine, vomissements, constipation, tels sont les trois symptômes qui rapprochent l'occlusion intestinale de la crise gastrique. Mais dans l'occlusion, la douleur siège habituellement dans une région plus basse. La constipation est plus complète; il y a arrêt absolu des matières et des gaz (dans la crise gastrique il peut y avoir au contraire une abondante production de gaz); les vomissements d'abord alimentaire, puis bilieux deviennent rapidement fécaloïdes. Le ventre se ballonne, le faciès prend le type péritonéal. Le pouls est petit et très fréquent; il devient vite incomptable. C'est par l'analyse de ces symptômes qu'on arrivera à distinguer ces deux affections. Plus difficile serait la différenciation dans certains cas, si

(1) Henri Dufour et Cottenot. « Crise gastrique tabétique prise pour une obstruction intestinale. Anus iliaque; guérison. Revue Neurologique, 30 mars 1909. Malade présentée à la Société de Neurologie le 4 mars 1909.

au lieu d'une crise gastrique, c'était une crise entéralgique qui donnait le tableau de l'occlusion par iléus paralytique. La crise entéralgique, dans ce cas, serait reconnue, grâce aux caractères un peu spéciaux de la douleur, à ce que la rétention d'urine y est habituelle, à ce qu'il n'y a que peu de vomissements, enfin à l'intégrité relative de l'état général.

La suite de cette observation n'est pas moins intéressante.

« ....L'un de nous a vu une erreur à peu près semblable commise chez un homme tabétique. Au cours d'une crise entéralgique tabétique, il fut opéré d'appendicite et continua, par la suite, à souffrir comme avant son opération..... » (1).

Cette confusion des entéralgies tabétiques avec l'appendicite était fatale. L'analogie peut être complète. Ces deux affections n'ont-elles pas toutes deux ce caractère de procéder par accès? Les douleurs, l'anéantissement, la constipation y sont signes communs. Mais si dans l'appendicite les vomissements sont en quelque sorte constants, nous avons déjà indiqué qu'il n'y en avait souvent pas dans les crises entéralgiques; il n'y a pas non plus de fièvre. Ce sont là des différences un peu superficielles; c'est bien plutôt comme nous le verrons, « en scrutant l'état du système nerveux » (Dufour et Cottenot) qu'on pourra rapporter ces douleurs à leur véritable cause.

Nous rapportons pour finir, une observation de M.

(1) Dufour et Cottenot. — Id.

Debove, dans laquelle des crises entéralgiques du tabès firent croire aux crises douloureuses du rein mobile. On fit une néphropexie.

« Il s'agit d'un malade que j'ai observé avec M. Weber. Il avait des accidents intestinaux graves, caractérisés par des douleurs atroces et l'expulsion de matières glaireuses. Un chirurgien crut qu'il s'agissait d'accidents produits par une néphroptose, et fixa le rein; les accidents s'aggravèrent et le malade vint mourir cachectique dans mon service: il avait un tabès évident » (1).

Nous n'insistons pas sur le diagnostic différentiel des crises entéralgiques avec les crises douloureuses du rein mobile. Nous avons déjà abordé cette question précédemment en ce qui concerne les crises gastriques. Contentons-nous de dire que dans la forme commune du rein mobile, les douleurs présentent toujours leur maximum dans la région lombaire, où l'on peut sentir le rein déplacé.

Remarquons, en passant, que cette observation vient s'ajouter encore à celles que nous avons signalées, où l'intervention chirurgicale produisit une aggravation du tabès.

(1) Debove. « Tabès et Chirurgie ».

On voit, par ces observations, que les interventions entreprises à tort chez des malades atteints de crises gastriques ou entéralgiques du tabès sont loin d'être exceptionnelles. Si d'autre part, on veut bien admettre que les cas n'en sont pas toujours publiés, on comprendra facilement qu'elles doivent même être nombreuses. Ce que nous disons d'ailleurs ici des crises gastriques et entéralgiques, s'applique également aux crises rénales ou hépatiques, d'une façon générale à toutes les crises abdominales du tabès — ce qui vient accroître encore le nombre des cas où le tabès peut passer inaperçu.

Ces faits doivent inviter le chirurgien à penser au tabès, en présence de toute algie abdominale.

Toutefois, si par leur physionomie même, les crises gastriques et entéralgiques peuvent, lorsqu'on est prévenu, être rapportées à leur véritable cause, il est bien des cas, en Clinique, où malgré l'examen le plus

minutieux, elles ne sauraient à elles seules, conduire au diagnostic du tabès. Mais deux symptômes précoces de la période préataxique les accompagnent habituellement, pouvant ainsi venir en aide: le signe d'Argyll-Robertson et le signe de Westphal. Nous n'en avons pas parlé jusqu'ici pour éviter des redites; mais il est entendu que le diagnostic différentiel, dans tous les cas où nous l'avons discuté, s'appuie avant tout sur la constatation de ces deux signes.

Le *signe d'Argyll,* qui consiste en la perte du réflexe à la lumière avec conservation du réflexe accomodateur peut exister à l'état permanent chez les tabétiques, ou n'apparaître qu'au moment des crises viscéralgiques pour disparaître ensuite, la pupille restant habituellement en myosis, mais conservant ses réflexes normaux.

Le *signe de Westphal* est peut-être encore plus précoce: il consiste en l'abolition du réflexe rotulien.

La fréquence de ces signes ou moment des crises viscérales indique déjà au chirurgien, qu'à l'avenir il devra les rechercher systématiquement en face d'une affection à symptomatologie abdominale.

Pourtant, nous l'avons laissé entendre, ces signes n'existent pas toujours et le tabès pourrait ne pas être reconnu.

A ces cas est réservée plus spécialement la *ponction lombaire.* Elle est de tous ces signes pouvant mettre sur la voie du diagnostic, celui qui donne les renseignements les plus sûrs. Comme telle, elle s'impose, si après constatation de l'absence des premiers, il pouvait sub-

sister un doute dans l'esprit du chirurgien, sur l'interprétation des symptômes qu'il observe. En pareil cas, la présence de lymphocytes dans le liquide céphalo-rachidien, extrait par ponction lombaire, serait décisive.

C'est seulement de cette façon, par la recherche systématique de ces trois moyens de diagnostic : Argyll, abolition du réflexe rotulien, lymphocytose, que le chirurgien, en présence d'algies abdominales, pourra à l'avenir, éviter aux tabétiques les ennuis et les dangers de ces interventions.

CONCLUSIONS

1° Les crises gastriques et entéralgiques du tabès simulent souvent les manifestations symptomatiques d'une affection chirurgicale de l'abdomen.

2° Un certain nombre d'interventions abdominales ont été ainsi pratiquées chez des tabétiques méconnus.

3° Ces interventions n'ont eu aucune action heureuse sur la marche des accidents, qui se sont reproduits après, avec la même intensité.

4° La recherche systématique des signes du tabès doit être faite chez les malades atteints de crises gastro-intestinales, ne s'accompagnant pas de signes objectifs suffisants.

5° Les signes qui permettront de reconnaître ces tabès, souvent mono-symptomatiques, sont : le signe d'Argyll-Robertson, l'abolition des réflexes et surtout la présence d'une lymphocytose nette dans le liquide céphalo-rachidien.

Vu : le Président de thèse

DEBOVE.

Vu : le Doyen,

LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer.
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

Baraton. — Crises de la néphroptose. Th. de Paris 1894.

Cache. — Tabès. Syndrome crises gastriques. Etude clinique. Th. de Paris 1897.

Collins (J.). — The symptomatology of tabès. (Med. News. 3 janvier, 7 et 14 mars 1903).

Cotte et Vallas. — Crises gastriques tabétiques, élongation du plexus solaire. Société Nat. de Méd. de Lyon, *in* Lyon médical, 15 avril 1906.

Debève. — Des crises gastriques du tabès avec hématémèses. Th. de Lyon 1898.

Debove. — Crise gastrique tabétique. Journal des Praticiens, 11 mai 1907.

— . — Tabès et Chirurgie. Presse Médicale 22 juillet 1908.

Dieulafoy. — Manuel de Pathologie interne, 15e édition 1908.

Dubar et Leroy. — La gastro-entérostomie contre les crises gastriques du tabès. Echo Médical du Nord (Lille), 17 février 1907.

Dufour et Cottenot. — Crise gastrique tabétique prise pour une obstruction intestinale. Anus iliaque; guérison. Société de Neurologie, 4 mars 1909. Revue neurologique, 30 mars 1909.

Eschbaum (O.). — Crises gastriques simulant la sténose pylorique. Semaine médicale 1908, p. 308.

Ewald (C. A.). — Gastric and intestinal crises. Méd. Record. 20 juin 1903.

Fournier. — Des crises gastriques dans le tabès. Gazette des Hôpitaux 1894.

— . — Leçon sur la période préataxique du tabès d'origine syphilitique. Paris 1885.

Monod (R.). — Les éléments figurés du liquide céphalo-rachidien au cours du tabès et de la paralysie générale progressive. Société Médicale des Hôpitaux. Séance du 18 janvier 1901.

Pal (J.). — Die Gefässkrisen der Tabiker, *in* Gefasskrisen Leipzig 1905. — Les crises vasculaires (trad. de l'Allemand). Paris 1908.

Pinèles. — Crises gastriques. Club médical Viennois, 30 novembre 1898.

Raymond. — Article. Tabès dorsalis du Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, Paris 1884.

— . — Crises gastriques du tabès. Revue générale de Clinique et de Thérapeutique 1902.

— . — Tabès au début. Journal de Méd. Int. Paris, 1904.

— . — Formes frustes du tabès. Bulletin médical, juillet 1906.

Roux (J.-Ch.). — Crises gastriques aggravées par la morphine. La Clinique, 1er février 1908.

Sainton et Tronc. — Les crises gastriques des tabétiques. Gazette des Hôpitaux, 8 et 15 février 1908.

Soupault. — Traité des maladies de l'Estomac, 1906.

Tronc. — Des crises gastriques prémonitoires du tabès. Th. de Paris 1908.

Vieilleau. — Crises viscérales du tabès. Th. de Paris 1885.

Wayncop (N.). Crises gastriques dans le tabès et au début du tabès. Th. de Paris 1905.

TABLE DES MATIÈRES

Avant-propos 9
Des Crises Gastriques et Entéralgiques du Tabès en chirurgie 13
Des interventions auxquelles ont donné lieu les Crises Gastralgiques et Entéralgiques du Tabès 20
De la recherche du Tabès en chirurgie 48
Conclusions 51
Bibliographie 53

LANE MEDICAL LIBRARY

To avoid fine, this book should be returned on or before the date last stamped below.